Travail du service de M. le Professeur Marfan

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^lle Marguerite REICHENECKER

Née à Roubaix, le 4 juin 1876
Ancienne externe des Hôpitaux
et de l'Hôpital des Enfants-Malades

L'adénite sus-épitrochléenne

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE
dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant

Président : M. MARFAN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^ie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MARFAN

Professeur à la Faculté de Medecine de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Docteur LEGENDRE

M. le Professeur LEJARS

Externat

M. le Professeur agrégé BROCA

M. le Docteur MATHIEU

M. le Docteur SIREDEY

M. le Professeur MARFAN

M. le Docteur GARNIER

AVANT-PROPOS

M. le professeur Marfan, à qui nous devons le sujet de ce travail, a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui exprimons ici notre très profonde gratitude.

Nous remercions M. le professeur Broca de nous avoir autorisée à examiner les enfants de son service.

Nous n'oublions pas que M. le Dr Garnier a eu la bienveillance de s'intéresser à notre travail et nous a fourni le moyen d'augmenter le nombre de nos observations. Nous lui adressons nos vifs et sincères remerciements.

L'Adénite sus-épitrochléenne

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE
dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant

PRÉLIMINAIRES SUR LE GANGLION
SUS-ÉPITROCHLÉEN

Anatomie et Physiologie. — Le ganglion sus-épitrochléen, ganglion épitrochléen de la pratique courante, ganglion cubital des auteurs allemands, est généralement situé à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'épitrochlée. Immédiatement appliqué sur l'aponévrose brachiale superficielle (1), il est recouvert par toute l'épaisseur du panicule adipeux sous-cutané, conditions qui, étant donné ses dimensions exiguës, le rendent impossible à palper, tant qu'il n'est pas hypertrophié.

Le plus souvent placé au niveau de la gouttière interne du biceps, on le trouve parfois en dehors, parfois en dedans d'elle ; ce qui peut varier le plus, c'est la distance qui le sépare de l'épitrochlée.

1. Poirier, *Anatomie descriptive : les Lymphatiques.*

Le ganglion sus-épitrochléen est généralement unique, cependant on en trouve parfois deux ou trois disposés, le plus souvent en chapelet, le long de la gouttière interne du biceps.

Sa présence n'est pas constante.

Ses vaisseaux afférents sont constitués par une partie des collatéraux superficiels qui longent le bord cubital de l'avant-bras et qui desservent le médius, l'annulaire, le cinquième doigt et la partie interne de la main. Mais il importe de remarquer qu'en raison des multiples anastomoses qui unissent les collecteurs anti-brachiaux, le ganglion sus-épitrochléen peut être atteint dans le cas de lésions siégeant à la partie externe de la main et de l'avant-bras : toute la peau des doigts, de la main et de l'avant-bras fait donc partie de son territoire lymphatique.

Bien plus, en raison des anastomoses que certains auteurs décrivent entre les ganglions du réseau superficiel, et les ganglions du réseau profond (ces derniers desservant muscles, os, articulations) toute lésion même profonde, des doigts, de la main, de l'avant-bras, et de l'extrémité inférieure du bras, peut déterminer une réaction ganglionnaire sus-épitrochléenne.

Les vaisseaux efférents s'accolent à la veine basilique, traversent avec elle, à la partie moyenne du bras, l'aponévrose brachiale et s'unissent aux lymphatiques profonds qui, au bras comme à l'avant-bras, sont satellites des vaisseaux profonds. Sur le trajet de ces vaisseaux efférents, alors qu'ils sont

encore superficiels, sont placés deux ou trois petits ganglions : ganglions infra-huméraux. Leur tuméfaction remplace parfois celle du ganglion sus-épitrochléen (1).

Lorsqu'il s'hypertrophie sans être le siège d'une réaction inflammatoire aiguë, le ganglion sus-épitrochléen, grâce à la membrane fibro-celluleuse qui l'entoure, se sépare nettement du tissu cellulaire dans lequel il est plongé et devient très mobile. Ce caractère a son importance au point de vue de la recherche du ganglion, car la présence dans la région sus-épitrochléenne d'une tuméfaction nettement circonscrite, roulant sous le doigt, est caractéristique du seul ganglion sus-épitrochléen.

Recherche du ganglion sus-épitrochléen hypertrophié. — La recherche de l'adénite sus-épitrochléenne, sans présenter de difficultés sérieuses, demande, pour être bien faite, un peu de pratique et de méthode. Si les gros ganglions sont facilement sentis, les ganglions moyens et petits — qu'il importe tout autant de découvrir — échappent facilement à l'examen.

De Amicis (2) conseille de procéder de la manière suivante : « Le médecin se place en face du sujet et

---

1. Nous en avons relevé plusieurs cas ; dans l'un d'eux, le ganglion atteignait le volume d'une bille ; c'est le plus gros que nous ayons jamais senti.

2. De Amicis, *Dell adenopatia epitroclea in rapporto alla sifilide ; suo valore semiologico et pronostico* (*Revue de médecine navale de Rome*, 1896.)

— supposons qu'il s'agisse d'explorer la région sus-épithrochléenne gauche — soutient l'avant-bras du malade avec sa main droite comme s'il voulait lui prendre le pouls. Il écarte le bras du tronc, fléchit l'avant-bras sur le bras (demi flexion), applique la face palmaire des quatre doigts de la main gauche sur le tiers inférieur du bras, au voisinage du coude et avec le pouce resté libre, explore dans tous les sens la région sus-épitrochléenne. L'exploration doit se faire aussi bien de haut en bas et de bas en haut, que dans le sens transversal ; la palpation doit être tour à tour superficielle et profonde ; de cette façon les plus légères modifications de la région sont perçues et les ganglions hypertrophiés sont sentis sous forme de petits corps arrondis, mobiles dans tous les sens, au nombre de 1 à 2, parfois plus nombreux et alors disposés en chapelet. »

Nous n'avons pas suivi ce *modus faciendi*, trouvant préférable de nous placer alternativement à droite et à gauche de l'enfant examiné. Il nous a semblé aussi que la région sus-épitrochléenne de l'enfant, du nourrisson surtout, s'explorait mieux avec la pulpe de l'index, qu'avec celle du pouce : la forme et les dimensions de l'index lui permettant de se mieux modeler sur la région, sa sensibilité tactile plus développée lui permettant de mieux sentir les différents reliefs. Lorsqu'il s'agissait de grands enfants, nous nous aidions du médius.

Mais le *modus faciendi* importe peu sans doute ; ce qui importe, c'est d'avoir une méthode, une

manière de faire toujours la même, afin d'acquérir *l'habitude* qui perfectionne l'acte.

Causes d'erreur. — Les causes d'erreur ne sont ni nombreuses, ni importantes. Le ganglion peut être situé anormalement haut ou au contraire au même niveau que l'épitrochlée.

Une nodosité tendineuse, cas très rare, peut être prise pour un ganglion. Un tendon qui roule sous le doigt, prête plus souvent à l'erreur, mais il n'est pas possible de se tromper aussi grossièrement, lorsqu'on a toujours soin de bien délimiter avec la pulpe du doigt l'objet senti, *roulant* sur lui non seulement de dedans en dehors mais de haut en bas et *vice-versa*.

Très exceptionnellement, une exostose épitrochléenne, peut être prise pour un ganglion ; mais nous n'avons trouvé cette exostose qu'une seule fois, et, encore qu'arrondie, elle n'a ni la consistance ni surtout la mobilité du ganglion sus-épitrochléen.

HISTORIQUE

Alors qu'en France, l'importance du *ganglion sus-épitrochléen* dans la syphilis de l'adulte était signalée par Ricord (1) dès 1831, l'adénite sus-épitrochéenne de l'enfant dans l'hérédo-syphilis restait en dehors de toute recherche ; et ce furent des travaux allemands qui attirèrent l'attention des pédiâtres français sur ce sujet.

Les auteurs, aussi bien Italiens qu'Allemands, s'accordent à dire que c'est Heubner (2) le premier qui en 1896 signala la présence, chez le nourrisson syphilitique, de ganglions cubitaux palpables. Si Heubner est en effet le premier qui ait longuement insisté sur la fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne chez les enfants syphilitiques, il n'est pas le premier qui l'ait signalée.

Hénoch (3) dans *les Leçons cliniques sur les maladies des enfants* qu'il a fait paraître en 1881 écrit ceci :

---

1. Ricord, *Traité complet des maladies vénériennes*. Cliniques iconographiques de l'hôpital vénérien. Paris, 1851.

2. Heubner ,*Traité de la Syphilis*, 1896.

3. Henoch, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1re édit., 1881.

« On peut souvent constater par un examen attentif, bien que le fait ne soit pas constant, de petits ganglions lymphatiques gonflés, mobiles, du volume d'un pois ou au plus d'une fève ; parfois isolés derrière l'oreille, à *l'extrémité inférieure du bras* ; parfois agglomérés dans les cordons cervicaux, axillaires, inguinaux. Ces nodosités appartiennent toujours aux manifestations les plus rebelles et persistent même, souvent, longtemps après la guérison de la maladie, ce qui permet certainement de se demander, si elles ne constituent pas des complications fortuites de la maladie dépendant d'autres causes. »

Hénoch avait *parfois* constaté la présence de petits ganglions au niveau de l'extrémité inférieure du bras. Heubner les trouve si *fréquemment*, qu'il s'intéresse à la question, et fait, le premier, des recherches systématiques à cet égard.

Chez le *nourrisson* syphilitique, écrit-il, on constate dans la région sus-épitrochléenne « des nodules de la grosseur d'un petit pois, que l'on peut trouver même en l'absence d'éxanthème et de toute altération dans le territoire tributaire du ganglion sus-épitrochléen. »

Chez les *enfants plus âgés*, atteints de syphilis héréditaire tardive, il « constate indubitablement une hypertrophie marquée des ganglions cubitaux » et, le fait se présente avec une fréquence telle, qu'il se croit autorisé à incriminer la syphilis.

Les observations de Finkelstein et de Friedyung viennent corroborer celles de Heubner, en 1912 (1), il décrira à nouveau les mêmes faits, sans rien changer à sa conception première.

Hochsinger (2) qui avec Frolich et Gundobin s'est attaché à l'étude des ganglions périphériques chez les enfants, est frappé, en ce qui concerne l'adénite épitrochléenne, de la *corrélation très curieuse* qu'elle présente avec la syphilis héréditaire.

« Les nourrissons et très jeunes enfants avec ganglion cubital palpable sont, dit-il, presque toujours syphilitiques. » Et encore « j'affirme qu'il est de règle de constater chez les nourrissons syphilitiques, un à deux nodules ganglionnaires de la grosseur d'un pois à celle d'une lentille dans la région épitrochléenne. »

Comme Hénoch, il remarque que ces tuméfactions ganglionnaires cubitales persistent souvent fort longtemps après la disparition de toute manifestation visible de syphilis, tant osseuse que cutanée, et alors même que la polyadénite torpide qui accompagne généralement la syphilis du nourrisson a regressé sous l'influence du traitement mercuriel.

Fréquemment, il trouve des ganglions cubitaux palpables chez des enfants de deux à trois ans, porteurs de stigmates luétiques.

Essayant de pénétrer plus avant que Heubner

---

1. Heubner, *Lehbuch der Kinderheil Bund*, 3e édit., 1912.
2. Hochsinger, *Wiener Med Woch*, octobre 1907.

dans la pathogénie de l'adénite cubitale, il trouve rationnel, de l'expliquer par la présence *d'une ostéochondrite de l'extrémité inférieure de l'humérus*. Pour lui, cette lésion, révélée par la radiographie, ne fait presque jamais défaut dans la syphilis congénitale et récente du nourrisson. L'adénite cubitale est le résultat d'un processus d'irritation locale siégeant dans le territoire tributaire de ce ganglion. Et, beaucoup moins réservé que Finkelstein qui, très prudemment, ne concède de valeur diagnostique à l'adénite sus-épitrochléenne que lorsqu'elle est accompagnée d'autres symptômes faisant soupçonner la syphilis, Hochsinger n'hésite pas à déclarer que, « *du moment qu'il y a absence de lésions cutanées* banales pour expliquer leur présence et que l'on trouve *des ganglions cubitaux, il s'agit sans exception de syphilis.* »

En Amérique, ce sont Holt et Hess qui, après Richard, C. Cabot (1) recherchent quelle valeur diagnostique peut être accordée à l'adénite sus-épitrochléenne.

Cabot, ayant examiné des adultes et des enfants, trouve que les enfants ont beaucoup plus rarement que les adultes de l'adénite sus-épitrochléenne ; il n'accorde guère d'importance à cette dernière.

Holt, au contraire, lui attribue une certaine valeur diagnostique, mais seulement après la première année (?).

---

1. Richard et C. Cabot (M. D.) *Philadelphia Medical journal*, 1899.

Hess (1), en 1907, fait paraître une statistique portant sur 300 cas.

225 enfants ont été examinés en entier et leur histoire clinique a été soigneusement consignée.

75 enfants ont été examinés seulement au point de vue de l'adénite sus-épitrochléenne.

Parmi ces 300 enfants, un grand nombre étaient porteurs de ganglions épitrochléens palpables ; mais n'ont été étiquetés « adénite sus-épitrochléenne » que les cas dans lesquels les ganglions étaient d'un « volume notable ».

26 enfants présentèrent des ganglions épitrochléens bilatéraux, mais petits. On releva chez ces enfants les maladies les plus variées dont 3 cas de syphilis.

Hess en conclut qu'on ne peut attacher d'importance à de tels ganglions (petits quoique bilatéraux).

15 enfants seulement présentèrent des ganglions gros et bilatéraux.

6 avaient la syphilis.

2 d'entre eux n'avaient que sept semaines et l'un d'eux avait un ganglion de la grosseur d'une bille.

3 étaient probablement syphilitiques :

1° Gros foie, grosse rate, deux fausses couches ;

2° 8 enfants morts en bas âge, trois fausses couches ;

3° Coryza précoce.

2 étaient tuberculeux avec adénite généralisée ;

1 avait de furonculose ;

---

1. Hess, *Enlargement of the epitrochlear and otfher lymph. noder in infant* (*Archiv. of Pediatrics*, 1907).

3 ne présentaient aucun symptôme qui pût expliquer la présence de l'adénite épitrochléenne. Peut-être une syphilis latente était-elle en cause.

A sa statistique, Hess joint celle qui a été dressée dans le service du Dr Vielder au « Dr Kerley's Babies Hospital ».

Sur 15 nourrissons atteints de syphilis héréditaire, on releva :

7 cas avec ganglions épitrochléens bilatéraux et gros ;

4 cas avec ganglions épitrochléens bilatéraux et petits ;

3 cas avec ganglions épitrochléens non palpables.

Hess qui suivit un certain nombre d'enfants pendant quelques années, fait remarquer avec Hénoch et Hochsinger que, parfois, sous l'influence du traitement, tous les symptômes de syphilis peuvent disparaître, sauf l'adénite épitrochléenne qui reste alors le seul témoin de la maladie. Dans quelques cas, un examen « presque machinal » du ganglion épitrochléenpeut mettre sur la piste d'une syphilis antérieure qu'aucun autre symptôme ne permettrait de soupçonner. Et Hess conclut de la manière suivante :

« *L'absence d'adénite épitrochléenne n'infirme en aucune façon le diagnostic de syphilis héréditaire.*

» *Sa présence constitue un élément important de diagnostic qui est susceptible de persister pendant fort longtemps ;* elle est parfois le seul stigmate d'une syphilis antérieure.

» *Mais pour avoir de la valeur, la tuméfaction gan-*

glionnaire doit être bilatérale ; les ganglions ne doivent pas avoir un volume inférieur à celui d'un pois. »

L'année suivante, 1908, Reiche (1) publie une statistique où, seuls, figurent des nourrissons.

Sur 243 nourrissons, il trouve :

13 nourrissons hérédo-syphilitiques, avec
9 cas de ganglions épitrochléens palpables 69 o/o
230 nourrissons non syphilitiques, avec
40 cas de ganglions épitrochléens palpables 17 o/o

Reiche fait les mêmes réserves que Finkelstein et conclut que « *la présence de ganglions cubitaux palpables doit être utilisée, mais avec circonspection dans le diagnostic de la syphilis héréditaire.* »

En 1911, Grosser et Dessauer (2) viennent prendre rang avec une importante statistique : 1897 enfants de tout âge y figurent 2 *(Voir tableau p. 22)*.

Les auteurs font les remarques suivantes :

a) Nourrissons. — Étant donné le petit nombre de syphilitiques : seulement 15, étant donné l'écart peu considérable entre 66 o/o syphilis et 41 o/o rachitisme, les auteurs ne peuvent conclure à la valeur spécifique de l'adénite cubitale. D'ailleurs chez 34 o/o

1. Reiche, *De la valeur diagnostique des ganglions cubitaux palpables chez le nourrisson* (*Monatschrift für Kinderheilkund*, vol. VI, n° 16, 1908).

2. Grosser et Dessauer, *Ueber die diag. Betruntung fulbærer Kubitaldrussen bei Kindern* (*Munchen med. Wochenschr.*, n° 21, 1911).

des syphilitiques on ne trouve pas de ganglions palpables, alors qu'il en existe chez 41 o/o des non syphilitiques.

b) Enfants au-dessus d'un an.

Les trois chiffres : Syphilis 28 o/o
Tuberculose 22 o/o
Rachitisme 27 o/o

ne permettent pas davantage d'attribuer une valeur spécifique à l'adénite cubitale.

En résumé, *pas plus chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé, l'adénite cubitale ne présente de valeur spécifique. Tout au plus, peut on utiliser ce signe comme élément auxiliaire de diagnostic.*

Nombre de cas	Diagnostic	Ganglions cubitaux palpables		bilatéraux	unilatéraux
A. — *Nourrissons* (Grosser et Dessauer)					
15	Hérédo-syphilis.	10	66 o/o	6	4
14	Tuberculose.	1	7,4 o/o	1	0
29	Rachitisme.	12	41 o/o	8	4
1009	Autres affections.	46	4,6 o/o	28	18
B. — *Enfants au-dessus d'un an* (Grosser et Dessauer)					
14	Hérédo-syphilis.	4	28,6 o/o	3	1
106	Tuberculose.	24	22,6 o/o	19	5
43	Rachitisme.	14	27,5 o/o	6	8
668	Autres affections.	42	6,3 o/o	22	20

(Grosser et Dessauer font remarquer qu'ils ont trouvé des ganglions tantôt gros, tantôt petits, aussi bien chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques).

Goldreich (1) dont les recherches sur la valeur diagnostique de l'adénite sus épitrochléenne remontent à 1906, présente en 1912 une statistique très importante par le nombre de cas de syphilis observés.

L'auteur précise que les observations ont été minutieusement prises ; que tous les stigmates de syphilis, les grands comme les petits, ont été soigneusement recherchés ; que, parmi plusieurs cen-

A. — *Nourrissons (Goldreich)*

Nombre de cas	Diagnostic	Ganglions cubitaux palpables		bilatéraux	unilatéraux
82	Syphilis récente.	74	90 o/o	60	14
18	Syphilis latente.	15	83 o/o	11	4
44	Rachitisme.	7	15,9 o/o	5	2
668	Autres affections.	54	17 o/o	19	36

B. — *Enfants au-dessus d'un an (Goldreich)*

112	Syphilis latente.	89	79 o/o	75	14
74	Rachitisme.	20	27 o/o	12	8
430	Autres affections.	90	21 o/o	36	55

1. Goldreich, *Contribution au diagnostic de la syphilis latente*

taines de cas de syphilis héréditaire, seuls les cas tout à fait avérés et contrôlés par la réaction de Wassermann sont entrés dans sa statistique.

Avec Hochsinger, dont les recherches radiographiques sont confirmées par celles de Reyer (1), Goldreich attribue la tuméfaction du ganglion cubital à des altérations siégeant dans le territoire lymphatique du ganglion, mais pour lui, ce n'est plus seulement l'ostéo-chondrite de l'extrémité inférieure de l'humérus qui est à la source de l'adénite, mais encore l'onyxis : la phalangitite, le pemphigus, etc.

Comme presque tous les auteurs déjà cités, Goldreich a constaté que l'adénite cubiale peut persister pendant plusieurs années, qu'elle disparaît, parfois, sous l'influence d'un traitement énergique.

Les conclusions de Goldreich sont les suivantes :

« En l'absence d'une réaction de Wassermann positive, je me garderais bien de faire, sur la seule présence de l'adénite cubitale, le diagnostic de syphilis latente.

» La tuméfaction ganglionnaire semble subordonnée à l'altération si fréquente des sources lymphatiques des ganglions cubitaux ; cette tuméfaction seule ne peut faire la preuve d'une syphilis latente. Néanmoins nous pouvons affirmer que, *jointe à d'autres*

---

héréditaire; étude spéciale de la valeur diagnostique des ganglions cubitaux (*Zeitschr. f. Kinderheilkund*, t. IV, 1912).

1. Reyer, *la Technique rœntgenienne dans les maladies infantiles*. Biblioth. de technique physico-clinique médicale de Heinz. Bauer, 1912.

stigmates, la présence de l'adénite cubitale constitue un élément précieux de diagnostic d'hérédo-syphilis chez le nourrisson et chez l'enfant plus âgé. »

La grosseur des ganglions ne fournit aucune indication sur la gravité de l'infection syphilitique.

Gotzky (1), en présence des statistiques contradictions fournies par Grosser et Dessauer et Goldreich, dresse lui-même une nouvelle statistique.

Pendant un an, à la Clinique infantile du professeur Heubner de Berlin, il examine sous le rapport de l'adénite cubitale tous les enfants qui se présentent à la consultation. Chez tous les porteurs de ganglions il recherche soigneusement les symptômes de syphilis et de tuberculose : il s'enquiert de toutes les causes morbides éventuelles susceptibles de produire la tuméfaction cubitale : eczéma, lésions cutanées, etc.

Pour établir son diagnostic de syphilis, à côté de l'anamnèse et de l'examen clinique; il utilise les rayons X et la réaction de Wassermann. Il espère ainsi être arrivé à « dépister les formes les plus latentes d'hérédo-syphilis ».

Parmi 647 enfants de tous âges :

113 présentaient de l'adénite cubitale.....	17 0/0
534 ne présentaient pas d'adénite cubitale....	82 0/0

Parmi les 113 enfants porteurs d'adénites cubitales :

1. Gotzky. *De la signification clinique des ganglions cubitaux tuméfiés* (*Zeitschr f. Kinderheilkund.* Aprile 1913.

86 avaient des ganglions cubitaux palpables bilatéraux.

55 cas : réaction de Wassermann fortement positive, dont :

10 nourrissons
8 enfants de 1 à 7 ans
37 enfants de 6 à 14 ans

8 cas : réaction de Wassermann moyenne ou faible :
Ecoliers. Syphilis certaine

23 cas : réaction de Wassermann négative, dont :

4 syphilitiques
11 tuberculeux
5 rachitiques
3 eczémateux

27 avaient des ganglions cubitaux palpables unilatéraux.

6 cas : réaction de Wassermann fortement positive, dont :
4 cas de périostite bilatérale

4 cas : étiologie expliquée :
2 fractures
1 furonculose profonde
1 cicatrice brûlure.

Parmi les 534 enfants sans adénite cubitale, il y avait :

21 rachitiques ;
5 tuberculeux ;
72 enfants présentant de la micropolyadénopathie, dont 16 étaient des « lymphatiques avérés ».

En résumé, sur 113 cas d'adénite cubitale, il y avait 73 cas de syphilis, c'est-à-dire 64 o/o de syphi-

litiques, et 11 cas de tuberculose, c'est-à-dire 9 o/o de tuberculeux.

Syphilis	64 0/0
Tuberculose	9 0/0

Reprenant une fois de plus la question de la pathogénie de l'adénite cubitale déjà étudiée par Hochsinger, Reyer et Goldreich, Gotzky pose le problème de la façon suivante : l'adénite cubitale est-elle due uniquement à une irritation locale apparue dans le territoire des sources lymphatiques du ganglion *processus d'origine exogène* ; ou bien participe-t-elle en tant que « partie » de l'appareil lymphatique à une hyperplasie ganglionnaire généralisée causée elle-même par une maladie générale, dans le cas particulier : infection syphilitique, *processus d'origine endogène.*

Et Gotzky, ayant vu se produire, pour ainsi dire sous ses yeux, une adénite cubitale, en même temps que se développaient de l'ostéo-chondrite et de la phalangitite, se prononce en faveur de l'origine « exogène » de cette hypertrophie ganglionnaire.

Son opinion est par ailleurs basée sur des recherches radiographiques. Tous les enfants atteints d'adénite cubitale ont été radiographiés ; mais, faisant allusion aux quelques clichés types qu'il a fait paraître, et qui lui servent d'exemples pour expliquer les altérations des os de l'avant-bras qu'il qualifie de pathologiques, Gotzky est obligé de faire des réserves importantes. Il convient que l'interprétation

des clichés est souvent difficile ; que parfois un jugement définitif est impossible ; qu'il est des faits contradictoires qui restent inexpliqués. Il croit cependant que la radiographie « peut compléter d'une manière utile le tableau clinique ».

Conclusions : « On trouve des ganglions cubitaux tuméfiés à tout âge jusqu'à la puberté. Le plus souvent, ils sont bilatéraux, et dans ce cas, le plus fréquemment, de nature syphilitique. Le rachitisme n'intervient que dans une faible mesure, la tuberculose, un peu plus.

» *Chez le nourrisson, l'adénite cubitale est presque pathognomonique de la syphilis.*

» *Quant aux enfants plus âgés, l'adénite cubitale les rend très suspects de syphilis, et parfois se trouve être le seul symptôme clinique de la forme latente de cette affection.*

» Le lymphatisme est totalement étranger à l'hypertrophie des ganglions cubitaux.

» Le ganglion cubital unilatéral ne relève généralement pas de la syphilis.

» Les radiographies des enfants de deux ans et au-dessus, demandent à être interprétées avec grande circonspection en ce qui concerne les anciennes périostites, mais fournissent assez souvent l'explication étiologique de l'adénite cubitale. »

Tous ces travaux allemands font écho en Italie,

où le professeur Enrico Mensi (1) de Turin s'attache à la recherche de l'adénite épitrochléenne spécialement chez les *nouveau-nés*.

En 1913, il publie le résultat de ses observations et fait paraître une importante statistique.

849 NOUVEAU-NÉS ONT ÉTÉ EXAMINÉS.

78 étaient porteurs d'adénite épitrochléenne, c'est-à-dire 9 o/o :

Dans 27 cas : adénite bilatérale.

Dans 51 cas : adénite unilatérale.

a) *Chez 40 nouveau-nés* l'anamnèse faisait soupçonner la syphilis :

5 avaient de l'adénite épitrochléenne : 12 0/0.

Dans 2 cas : adénite bilatérale.

Dans 1 cas : adénite unilatérale.

35 n'avaient pas d'adénite épitrochléenne.

b) *Chez 12 nouveau-nés* la syphilis était manifeste (lésions de la peau, des muqueuses, réaction de Wassermann positive chez 7 d'entre eux, mère syphilitique).

4 avaient de l'adénite épitrochléenne : 33 0/0.

Chez 2 l'adénite épitrochléenne était remplacée par une adénite siégeant au niveau du tiers moyen du bras.

---

1. Mensi, *Application des méthodes clinico-biologiques au diagnostic précoce de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec a présence du ganglion épitrochléen* (*Pediatria*, déc. 1913).

c) *Chez 14 nourrissons,* la réaction de Wassermann avait été positive et l'examen anatomo-pathologique avait été fait.

10 avaient de l'adénite épitrochléenne, 71 0/0
dans 5 cas : adénite bilatérale
dans 5 cas : adénite émilatérale
2 avaient des ganglions au tiers moyen ou supérieur du bras
2 n'avaient pas d'adénite épitrochléenne.

En résumé :

A. — Syphilis probable..... 12 0/0
C. — Syphilis certaine..... 33 0/0
B. — Syphilis certaine, suivie de mort 71 0/0

En général, il n'y avait aucune relation entre l'importance de l'adénite et l'importance des lésions syphilitiques.

Ces chiffres, pour Mensi, *ne prouvent nullement qu'il y ait un rapport entre l'adénite épitrochléenne et la syphilis héréditaire.* Car, dans une série de 494 enfants de quelques jours à quelques années, il a trouvé, en résumé :

196 enfants qui présentaient de l'adénite épitrochléenne ;

298 enfants qui n'en présentaient pas.

« Or, parmi les 196 enfants, dit Mensi, il y en avait qui, certainement, n'étaient pas syphilitiques ; parmi le 298 enfants il y en avait qui, certainement, étaient syphilitiques ».

N'ayant trouvé aucun rapport entre le rachitisme et l'adénite épitrochléenne ; n'en ayant pas trouvé davantage entre cette dernière et le lymphatisme

(voûte ogivale, micropolyadénopathie, splénomégalie) Mensi pense qu'il : « ne paraît pas irrationnel de considérer l'adénite épitrochléenne comme une anomalie spéciale, une particularité de constitution, l'expression simple, unique ou partielle du lymphatisme de Heubner, de la diathèse exsudative de Czerny, de ce complexus qui donnera, par la suite les « porteurs de ganglions de Benfey et Bahrdt ».

Ses recherches « *ne lui ont pas démontré qu'il y ait un rapport causal entre la présence de l'adénite sus-épitrochéenne et la syphilis héréditaire.* »

STATISTIQUE GÉNÉRALE

(Personnelle)

Préliminaires. — Nous avons recherché l'adénite sus-épitrochléenne chez 390 enfants de tout âge, aussi bien chez des nourrissons de quelques semaines que chez des enfants de treize à quatorze ans. Dans notre statistique cependant, prédominent fortement les nourrissons. Nous l'avons voulu ainsi. La syphilis héréditaire se manifestant le plus souvent, pour ne pas dire toujours, dès les premiers mois de la vie, revêtant fréquemment chez le *nourrisson* ses formes latentes les plus difficiles à dépister, il nous a paru que c'était chez celui-ci surtout qu'il importait d'étudier un symptôme auquel certains cliniciens attribuaient une grande valeur diagnostique.

Les enfants portés sur notre statistique ont été pour la plupart ou hospitalisés dans le service de M. Marfan ou suivis pendant plusieurs mois, voir même plusieurs années, à sa « Consultation de nourrissons ».

Tous les diagnostics ont été faits par M. Marfan lui-même, c'est dire que les chances d'erreur ont été réduites au minimum et que les cas de syphilis les plus discrets ont été dépistés. Chaque fois que le dia-

gnostic d'hérédo-syphilis n'était pas tout à fait certain, alors même que l'enfant était soumis au traitement mercuriel tant le doute était léger, nous avons classé le cas sous l'étiquette « syphilis probable ».

On sait (1) que la réaction de Wassermann n'a pas, chez le nouveau-né et le nourrisson, la même valeur que chez l'adulte : il est de règle dans le service du professeur Marfan d'attacher une grande importance à cette séro-réaction lorsqu'elle est positive ; négative, elle reste sans influence sur le diagnostic.

En ce qui concerne le diagnostic de la tuberculose, la tâche est singulièrement facilitée chez le nourrisson grâce à la cuti-réaction de Von Pirquet. Puisque, comme l'enseigne le professeur Marfan, une cuti-réaction positive avant l'âge d'un an implique toujours une tuberculose en évolution (d'un pronostic généralement fatal) rien n'est plus facile que d'établir avec certitude un diagnostic qui, par les seuls moyens de la clinique, serait toujours difficile, le plus souvent incertain.

Nous avons donc étiqueté « tuberculose probable » les cas dans lesquels la cuti-réaction n'avait pas été faite ou avait été faite dans des conditions propres à infirmer ses résultats : température élevée, état cachectique.

Il nous semble presque superflu de dire que nous

---

1. D'Astros et Teissonnière, *la Réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson.*

avons éliminé de notre statistique tous les cas dans lesquels un traumatisme quelconque ou des éruptions cutanées, étaient susceptibles à eux seuls, de déterminer l'apparition d'une adénite sus-épitrochléenne. Ces cas n'ont pas été nombreux.

Nous avons tenu compte de tous les ganglions sus-épitrochléens sentis, *même des très petits*. Il nous a semblé rationnel de ne pas négliger ces derniers, quoique petits, puisque de tels ganglions ne sont pas sentis chez tous les enfants.

STATISTIQUE PERSONNELLE

Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans les diverses maladies du nourrisson et de l'enfant

Nombre de cas	Diagnostic	Nombre de cas d'adénite sus épitrochléenne		bilatérale	unilatérale
	A. — *Nourrissons jusqu'à un an*				
47	Syphilis certaine.	28	59 o/o	17	11
31	Syphilis probable.	16	53 o/o	7	9
12	Tuberculose certaine	6	50 o/o	3	3
4	Tubercul. probable.	3		2	1
30	Rachitisme sans syphilis ni tubercul.	4	13 o/o	3	1
91	Autres affect. div.	10	10 o/o	4	6
	B. — *Enfants au-dessus d'un an*				
33	Syphilis certaine.	20	60 o/o	9	11
4	Syphilis probable.	1	25 o/o	1	0
51	Tuberculose certaine	19	37 o/o	5	14
14	Tubercul. probable.	7	50 o/o	4	3
31	Rachitisme sans syphilis ni tubercul.	2	6 o/o	1	1
6	Affections pleurales.	5	83 o/o	2	3
35	Autres affect. variées	6	17 o/o	1	6

Nourrissons : 215. — Nombre de cas d'adénite, 69 = 32 o/o
Enfants : 174. — Nombre de cas d'adénite, 61 = 35 o/o

Chez le nourrisson, les 10 cas d'adénite sus-épitrochléenne relevés au cours d'affections variées se répartissent comme suit :

Troubles digestifs	4 cas
Broncho-pneumonie	2 —
Méningite cérébro-spinale	1 —
Arrêt de croissance, cause (?)	1 —
Athrepsie	1 —
Poly-adénie très marquée, nature (?)	1 —

Chez l'enfant plus âgé les 6 cas d'adénite sus-épitrochléenne relevés au cours d'affections variées se répartissent comme suit :

Péricardite séro-fibrineuse	1 cas
Pneumonie	2 —
Typhoïde	1 —
Sans diagnostic	2 —

Considérations d'ensemble. — Nous avons constaté la présence d'adénite sus-épitrochléenne plus fréquemment dans les formes sévères ou de gravité moyenne que dans les formes discrètes.

Nous ne l'avons *pas* rencontrée dans *toutes* les formes graves ; et par formes graves, nous entendons celles dans lesquelles les manifestations syphilitiques étaient multiples ou l'état général profondément altéré.

C'est dans les formes légères qu'elle a été le plus absente.

Tous les auteurs ont été jusqu'à présent unanimes à déclarer que l'adénite sus-épitrochléenne pouvait

disparaître sous l'influence du traitement mercuriel ; nous n'avons vérifié le fait que dans un cas, mais peut-être avons nous eu sa confirmation, indirectement. En effet, chez les nourrissons syphilitiques soumis au traitement depuis quelques mois — c'était le cas de presque tous ceux que nous avons examinés à la « Consultation des nourrissons » — nous n'avons trouvé l'adénite sus-épitrochléenne que dans 41 o/o des cas. Chez les nourrissons, indemnes de toute thérapeutique anti-syphilitique — c'était le cas des nourrissons de la « Crèche » — nous avons trouvé l'adénite sus-épitrochléenne dans 75 o/o des cas. Notre moyenne pécherait donc plutôt par défaut que par excès.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence comparative de l'adénite bilatérale ou unilatérale dans telle ou telle maladie : nous constaterons simplement que surtout dans la syphilis, dans la tuberculose encore, l'adénite sus-épitrochléenne est le plus souvent bilatérale.

La grosseur des ganglions ne nous arrêtera pas davantage ; nous pensons qu'elle est sans importance et pour le diagnostic — le plus gros ganglion trouvé l'a été chez un enfant tuberculeux (méningite) et pour le pronostic, nous avons constaté des cas graves de syphilis avec coexistence de ganglions sus-épitrochléens à peine hypertrophiés.

Nous voudrions surtout nous étendre sur des questions qui ont un intérêt d'ordre général, et afin de tirer de nos statistiques tout l'enseignement qu'elles

peuvent comporter, nous allons essayer, au moyen d'une analyse un peu plus pénétrante, de serrer les faits de plus près. Nous allons, à cet effet « morceler » nos statistiques et nous efforcer de mettre en lumière les rapports qui d'eux-mêmes vont se présenter entre l'adénite sus-épitrochléenne et quelques « cas » particuliers de la pathologie générale.

STATISTIQUES PARTIELLES

L'ADÉNITE SUS-ÉPITROCHLÉENNE CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON

Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne chez le nourrisson et chez l'enfant

Auteurs	Nombre d'enfants	Nombre de cas d'adénite sus-épitrochléenne	
Grosser et Dessauer.	Nourrissons 1.066 Enfants 831	69 84	6,5 o/o 10 o/o
Gotzky.	Nourrissons et enfants 647	113	16 o/o
Reiche.	Nourrissons 243	49	20 o/o
Mensi.	Nouveau-nés 849 Enfants 494	78 196	9 o/o 39 o/o
Goldreich.	Nourrissons 465 Enfants 616	150 200	32 o/o 32 o/o
Statistique personnelle.	Nourrissons 215 Enfants 174	69 63	32 o/o 36 o/o

Moyenne des chiffres : 23 o/o

Nous ne saurions dire lequel de ces chiffres correspond le plus exactement à la réalité des faits.

Les chiffres de Grosser et Dessauer en imposent

par le nombre de cas observés et nous serions d'autant plus tentée de leur accorder une certaine valeur que,si nous nous basons sur notre statistique personnelle, où les cas de syphilis figurent dans la proportion de 20 à 30 o/o — (et nous savons déjà que la syphilis est un facteur étiologique important d'adénite sus-épitrochléenne), — nous sommes amenée à conclure, que tout chiffre qui atteint ou dépasse 32 o/o, est un chiffre trop fort. Mais, comme d'autre part, depuis que la clinique arrive à dépister les formes les plus latentes de la syphilis héréditaire, cette maladie apparaît de plus en plus comme une affection dont la grande fréquence était loin d'être soupçonnée, nous croyons prudent de faire la moyenne de tous ces chiffres et de considérer cette moyenne, 23 o/o, comme se rapprochant le plus de la réalité des faits.

Nous pouvons alors dire avec Mensi (1):

L'adénite sus-épitrochléenne est assez rare pour qu'il soit rationnel de la considérer comme une déviation de la norme physiologique.

---

1. Mensi, déjà cité.

L'adénite sus-épitrochléenne dans l'hérédo-syphilis

Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans l'hérédo-syphilis du nourrisson et de l'enfant

Auteurs	Nombre d'enfants	Nombre de cas de syphilis	Nombre de cas d'adénite sus-épitrochléenne
Statistique présentée par Hess.	?	15	11 73 o/o
Reiche.	Nourriss. 243	13	9 69 o/o
Grosser et Dessauer.	Nourriss. 1.066	15	10 60 o/o
	Enfants. 831	14	4 28 o/o
Goldreich.	Nourriss. 465	82	74 83 à 90 o/o
	Enfants. 616	112	89 79 o/o
Mensi.	Nouv.-nés. 849	26	14 33 à 71 o/o (1)
Statistique personnelle.	Nourriss. 215	47	28 59
	Enfants. 174	33	20 60 o/o

Les chiffres du tableau ci-contre nous autorisent à dire :

L'adénite sus-épitrochléenne est très fréquente dans la syphilis héréditaire, mais sa présence n'est pas constante.

D'autre part, si l'on considère le total des cas d'adénite sus-épitrochléenne, on voit qu'il y a rap-

1. Mensi : 33 o/o : syphilis non terminée de mort.
71 o/o : syphilis terminée par la mort.

port de coexistence entre la syphilis et l'adénite sus-épitrochléenne dans (1) :

Hess	60 0/0 des cas
Goldreich	59 0/0 — (nouveau-nés)
	45 0/0 (enfants).
Gotzky	64 0/0 des cas
Statistique personnelle.	40 à 63 0/0 [2] des cas (nourrissons)
	32 0/0 (enfants).

Nous pouvons donc écrire :

L'adénite sus-épitrochléenne n'est pas seulement très fréquente dans la syphilis héréditaire, mais c'est aussi dans l'hérédo-syphilis qu'on la rencontre le plus fréquemment.

Et nous pouvons conclure : *La syphilis héréditaire est le facteur étiologique le plus important de l'adénite sus-épitrochléenne du nourrisson et de l'enfant.*

L'adénite sus-épitrochléenne et la tuberculose

Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans la tuberculose du nourrisson et de l'enfant

Noms d'auteurs	Nombre d'enfants	Nombre de cas de tuberculose	Nombre de cas d'adénite sus-épitrochléenne	
Grosser et Dessauer.	Nourris. 1.066	14	1	7,4 o/o
	Enfants. 831	106	24	22,6 o/o
Götzky.	Enfants et nourrissons 647	16	11	68 o/o
Statistique personnelle.	Nourris. 215	12	6	50 o/o
	Enfants. 174	51	19	37 o/o

1. On verra plus loin pourquoi nous ne tenons pas compte des chiffres de Grosser et Dessauer.

2. 63 o/o en comptant les cas de syphilis probable.

Alors que la *syphilis congénitale*, maladie à protozoaire est relativement fréquente, la *tuberculose congénitale*, maladie microbienne est excessivement rare. Nous ne nous étonnons donc pas de ce que Mensi ait négligé volontairement de rechercher la tuberculose chez les 846 nouveau-nés qu'il a examinés.

Mais si la tuberculose n'est pas aussi fréquente avant un an qu'elle le sera entre un et deux ans, il n'est pas exceptionnel de la rencontrer avant six mois — nous en avons relevé 8 cas avec cuti réaction positive — elle n'est plus rare avant un an puisque nous l'avons trouvée dans la proportion de 5 o/o des cas.

Nous trouvons donc qu'il y a lieu de s'étonner de ce que Goldreich ait complètement négligé de poser la question des rapports — tout au moins de coexistence — entre la tuberculose et la présence de l'adénite sus-épitrochléenne.

Quant à nous, dès le début de nos recherches sur les causes éventuelles de l'adénite sus-épitrochléenne, nous avons été frappée de la fréquence de cette adénite chez les tuberculeux — et chez des tuberculeux bien authentiques, nous pouvons l'affirmer.

Le chiffre de MM. Grosser et Dessauer est certainement trop faible, trop faible aussi le nombre de tuberculeux relevés : 14 nourrissons tuberculeux sur 1.066, pas même 2 o/o, sont des chiffres qui, tout au moins dans nos milieux hospitaliers, ne correspondent pas à la réalité des faits.

Nous nous prévalons donc du chiffre de Gotzky et du nôtre pour soutenir que :

L'adénite sus-épitrochléenne est fréquente dans la tuberculose.

Et comme il y a rapport de coexistence entre la tuberculose et l'adénite sus-épitrochléenne dans :

Grosser et Dessauer.	28 0/0	des cas (enfants)
Gotzky	94 0/0	— (nourissons et enfants)
Statistique personnelle	8 0/0	— (nourissons)
—	37 0/0	— (enfants)

nous croyons pouvoir dire que :

La tuberculose est, après la syphilis, le facteur étiologique le plus important de l'adénite sus-épitrochléenne (fait qui ne sera pas infirmé par les statistiques suivantes).

L'adénite sus-épitrochléenne et le rachitisme

Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans le rachitisme

Auteurs	Nombre d'enfants	Nombre de cas de rachitisme	Nombre de cas d'adénite sus-épitrochléenne	
Grosser et Dessauer.	Nourris. 1.066	29	12	41 o/o
	Enfants 831	43	14	27 o/o
Goldreich.	Nourris. 465	44	7	15 o/o
	Enfants 616	74	20	27 o/o
Statistique personnelle.	Nourris. (1) 215	19 (1)	2	10 o/o
	Enfants (2) 174	31 (2)	2	6 o/o

Gotzlyg. 647 enfants

- 86 ont de l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale : 5 cas de rachitisme grave.
- 27 ont de l'adénite sus-épitrochléenne unilatérale : 0 cas de rachitisme grave.
- 534 n'ont pas d'adénite sus-épitrochléenne : 21 cas de rachitisme léger.

1. Nourrissons rachitiques non syphilitiques et non tuberculeux.
2. Enfants rachitiques non syphilitiques et non tuberculeux.

Il semblerait, à première vue, qu'il soit impossible de tirer quelque conclusion de chiffres aussi peu concordants que le sont par exemple ceux qui concernent les *nourrissons* rachitiques : 41 o/o, 15 o/o, 10 o o. Cependant, une critique un peu plus serrée va nous permettre de découvrir la cause d'un écart aussi grand : 41 o/o, 10 o/o, et de mettre un peu d'unité dans la question.

Mais, ici, quelques considérations sur la pathogénie du rachitisme sont indispensables :

Trois facteurs principaux, d'après le professeur Marfan (1), entrent dans la genèse du rachitisme : 1° la syphilis, qui le plus souvent donne naissance à un rachitisme précoce, à prédominance cranienne ; 2° la tuberculose, source d'intoxication moins précoce et moins fréquente que la syphilis qui détermine généralement un rachitisme débutant vers la fin de la première année ou dans le cours de la seconde, rachitisme à prédominance thoracique ; 3° les troubles digestifs, plus fréquents que la tuberculose, mais facteurs de rachitisme d'apparition tardive, puisque ses manifestations ne se montrent généralement qu'au cours de la deuxième année ; il prédomine souvent au niveau des membres.

L'importance dans la genèse du rachitisme des deux facteurs syphilis et tuberculose n'est plus à prouver, mais si cette conception pathogénique avait

---

1. Marfan, art. Rachitisme in *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoïnot.*

encore besoin d'être étagée, la statistique ci-après pouvait y contribuer dans quelque mesure.

Crèche : 32 o/o de rachitiques. — 72 enfants au-dessous de 6 mois.

115 nourrissons jusqu'a 1 an

37	Rachitiques pris en bloc.	45 o/o	17 G < 11 unil. / 6 bilat.
16	Rachit. sans syph. ni tub.	12 o/o	2 G < 1 unil. / 1 bilat.

Consultation des nourrissons : 42 o/o de rachitiques. — 18 enfants au-dessous de 6 mois

59 nourrissons et enfants jusqu'a trois ans

25	Rachitiques pris en bloc.	24 o/o	6 G < 2 unilat. / 4 bilat.
9	Rachit. sans syph. ni tub.	0 o/o	0 G

On voit :

1° Importance du facteur syphilis et tuberculose dans l'apparition du ganglion épitrochléen.

2° Importance du facteur syphilis et tuberculose dans la détermination du rachitisme.

Il nous semble que de tels chiffres, 45 o/o et 12 o/o, d'une part, 24 o/o et 0 o/o, d'autre part, se passent de commentaires, et peuvent nous fournir l'explication cherchée (manque de concordance entre les chiffres de Grosser et Dessauer, Goldreich et les nôtres).

Si Grosser et Dessauer trouvent de l'adénite sus-

épitrochléenne chez 41 o/o des rachitiques qu'ils ont examinés, — et ils n'ont, disent-ils, tenu compte que des cas graves, c'est parce que parmi ces rachitiques se sont glissés — quoique les auteurs s'en défendent — et des syphilitiques et des tuberculeux. Des syphilitiques ? parce que Grosser et Dessauer ont parfois écarté le diagnostic de syphilis sur la foi d'une réaction de Wassermann négative, ce qui est une erreur ; parce que, sur les 1066 nourrissons qu'ils ont examinés, ils n'ont diagnostiqué la syphilis que dans 15 cas, c'est-à-dire dans la proportion de $1\frac{1}{2}$ o/o, proportion beaucoup trop faible pour correspondre à la réalité des faits. — Des tuberculeux ? parce que la tuberculose comme la syphilis — quoique en proportion plus réduite est facteur du rachitisme grave et que, comme pour la syphilis, le nombre de cas diagnostiqués est très inférieur à ce qu'il aurait dû être : 14 cas de tuberculose sur 1066 nourrissons, c'est-à-dire pas même 2 cas pour 100 !...

Même critique et même explication peuvent être appliquées au chiffre de 27 o/o concernant les enfants rachitiques examinés par Grosser et Dessauer.

Quant au chiffre de Goldreich, 27 o/o ce sont des considérations du même ordre que les précédentes qui vont nous l'expliquer :

Goldreich n'a pas relevé la tuberculose comme facteur d'adénite sus-épitrochléenne ; la tuberculose étant, comme nous l'avons vu, un facteur qui n'est pas à négliger dans la genèse du rachitisme, parmi

les enfants étiquetés « rachitiques » figuraient sûrement un certain nombre de tuberculeux.

Des considérations et tableaux précédents, il nous semble pouvoir conclure :

Le rachitisme, si l'on en exclut les cas de syphilis et de tuberculose, facteurs eux-mêmes d'adénite sus-épitrochléenne, ne participe que dans une faible mesure à l'hypertrophie du ganglion sus-épitrochléen.

L'adénite sus-épitrochléenne et la micropoly-adénopathie

Relation entre la présence du ganglion sus-épitrochléen et l'importance de la micropoly-adénopathie.

MICROPOLYADÉNOPATHIE avec adénite sus-épitrochléenne				MICROPOLYADÉNOPATHIE sans adénite sus-épitrochléenne	
		bilat.	unil.		
Micropoly. marquée.....	18 cas	9	9	Micropoly. marquée.....	11 cas
Syphilis .... 6 cas Tuberculose. 4 cas Rachitisme.. 4 cas				Syphilis .... 1 cas Syphilis ?... 1 cas Tuberculose. 1 cas Tubercul.?.. 1 cas Rachitisme.. 2 cas	
Micropoly. moyen^{ne}	21 cas	6	15	Micropoly. moyen^{ne}	31 cas
Micropoly. légère..	10 cas	2	4	Micropoly. légère.	32 cas

Avec Legroux, Baer, Hess, nous avons constaté que la micropolyadénopathie existait — sauf rares exceptions — chez tous les nourrissons et jeunes enfants.

Legroux (1) « trouve chez tous les enfants de petits ganglions, durs, mobiles, indolents, roulant sous le doigt, au niveau des carrefours lymphatiques : aisselle, cou, aine ». Cette polyadénie à laquelle il donne le nom de micropolyadénopathie est pour lui l'indice certain d'une imprégnation tuberculeuse.

Baer : (2), « sur 350 nourrissons âgés de moins d'un an, il n'en existait pas un seul chez lequel on n'ait trouvé les ganglions hypertrophiés, appréciables à la palpation ».

Hess : (3) «a constaté chez le snourrissons la micropolyadénopathie avec une telle fréquence qu'il la croit physiologique ».

Nous n'avons donc pas cherché le rapport qu'il pouvait y avoir entre l'adénite sus-épitrochléenne et la présence de la micropolyadénie, mais les relations qu'il pouvait y avoir entre l'adénite sus-épitrochléenne et l'importance de cette micropolyadénie, ou mieux polyadénie généralisée. Nous avons classé les ganglions en gros, moyens, petits, et les avons cherchés au niveau de l'aisselle, de l'aine, du cou.

Nous avons qualifié de polyadénie marquée les cas où nous trouvions (écartant tous les cas où des

---

1. Legroux, *la Micropolyadénopathie considérée comme indice de tuberculose profonde* (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888).

2. Baer, *la Tuméfaction des ganglions périphériques chez les nourrissons* (*Jahrb. fur Kinderheilkund*, 1902).

3. Hess, *Enlargement of the epitrochlear nodes in infants* (*Arch. of Pediatrics*, 1907).

lésions cutanées expliquaient l'importance de l'adénite) un ou plusieurs gros ganglions au moins à un des carrefours lymphatiques · et des ganglions de grosseur moyenne au niveau des autres carrefours.

Nous avons qualifié de polyadénie de moyenne intensité les cas où nous trouvions des ganglions de moyenne grosseur au niveau de tous les carrefours, excepté une fois au maximum, des ganglions petits à l'un des carrefours.

Nous avons qualifié de polyadénie légère, les cas où les ganglions étaient petits au niveau de tous les carrefours lymphatiques, excepté une fois au maximum, de moyenne grosseur au niveau de l'un d'entre eux.

Nous voyons, d'après la statistique dressée, que : *l'adénite sus-épitrochléenne est le plus souvent accompagnée de polyadénopathie marquée ou de moyenne intensité, mais qu'elle coexiste dans 20 o/o des cas avec une polyadénie légère.* Dans 37 o/o des cas la micropolyadénie ne s'accompagne pas d'adénite sus-épitrochléenne.

Gotzky, *sur 534 enfants sans adénite épitrochléenne*, en trouve 72 avec tuméfaction ganglionnaire généralisée, dont 16 présentaient le type clinique accompli du lymphatisme.

Nous concluons, dit-il, que *la tuméfaction cubitale* (sus-épitrochléenne) *n'a aucun rapport avec le lymphatisme.*

Mensi, sur *849 nouveaux-nés*, en trouve 171 qui

présentent de la micropolyadénie générale ou partielle, ou de la splénomégalie, ou seulement de l'adénite sus-épitrochléenne.

77 ont de l'adénite sus-épitrochléenne sans autre hypertrophie ganglionnaire.

24 ont de l'adénite sus-épitrochléenne :

22 cas : micropoly.
1 cas : micro ; spléno-mégalie.
1 cas splénomégalie.

53 ont de l'adénite sus-épitochléenne sans micropolyadénie.

93 n'ont pas d'adénite sus-épitrochléenne mais présentent.

70 cas : micropoly.
6 cas : micro ; spléno-mégalie.
17 cas : splénomégalie.

En résumé. — Cas présentant une association entre l'adénite sus-épitrochléenne et le lymphatisme ? 22 + 1 + 2 = 25 cas, 14 o/o.

Cas de lymphatisme ? ne présentant aucune association avec l'adénite sus-épitrochléenne :

$$70 + 6 + 17 + 53 = 146 \text{ cas}, 85 \text{ o/o}.$$

Et Mensi conclut comme Gotzky, *l'adénite sus-épitrochléenne ne semble avoir aucun rapport avec le lymphatisme.*

Nous ferons remarquer pour terminer ces considérations sur les rapports de l'adénite sus-épitrochléenne et de la micropolyadénie que c'est avec intention que nous avons étudié les rapports de l'adénite sus-épitrochléenne avec la polyadénie et non pas avec le lymphatisme.

Que reste-t-il du lymphatisme si on lui enlève les

polyadénopathies syphilitiques et tuberculeuses, celles des affections gastro-intestinales et des autres infections chroniques ? Si on rattache la voûte ogivale au rachitisme (M. Marfan) (1) ; une partie des végétations précoces à la syphilis et le reste à des infections ou intoxications générales prolongées (2) ; si on fait de la mégalo-splénie précoce (avant six mois) (M. Marfan) (3) un des meillleurs, symptômes de la syphilis héréditaire du nouveau-né et du nourrisson ; si on fait de la splénomégalie tardive (après six mois) une rate tuberculeuse, que reste-il pour définir le lymphatisme ? Une vague prédisposition à l'hyperplasie du tissu lymphoïde dont l'existence peut même être mise en doute.

En effet, comment faire la part de la répétition ou de la persistance des infections et intoxications dans l'hyperplasie du tissu hémolymphatique et faire la part de la prédisposition particulière de ces mêmes tissus hémolymphatiques aux réactions exagérées. Cette prédisposition du tissu lymphoïde aux réactions exagérées, n'est-elle pas le résultat d'excitations répétées ; n'est-elle pas acquise plutôt que constitutionnelle ?

---

1. Marfan. Art Rachitisme *in Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Gilbert et Thoinot, 1911.

2. Le Scornet, *Les Végétations adénoïdes chez le Nourrisson* (*Le Nourrisson*, janv. 1914).

3. Marfan, *de l'Hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie* (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, mai 1903).

L'adénite sus-épitrochléenne et la splénomégalie du nourrisson

On sait depuis les travaux de M. Marfan (1), avec quelle fréquence l'hypertrophie de la rate est constatée dans la syphilis héréditaire précoce, et quelle est son importance pour le diagnostic de cette maladie ; il y avait donc lieu de rechercher, puisque l'adénite sus-épitrochléenne est également très fréquente dans l'hérédo-syphilis, s'il y avait ou non rapport de coexistence entre l'hypertrophie de la rate et du ganglion sus-épitrochléen.

Parmi nos 215 nourrissons il y en avait 40 qui présentaient de l'intumescence de la rate, c'est-à-dire 18 o/o.

L'adénite sus-épitrochléenne accompagnait vingt-six fois la splénomégalie, c'est-à-dire dans... 65 o/o des cas.

Parmi les 26 cas où il y avait association de l'adénite sus-épitrochléenne et de la splénomégalie, nous avons relevé :

La syphilis	17 fois
La syphilis probable	5 —
La tuberculose	2 —
La tuberculose probable	1 —
?	1 —

1. M. Marfan, déjà cité, p. 52.

L'association fréquente de la splénomégalie et de l'adénite sus-épitrochléenne ne doit pas nous étonner puisque rate et ganglion font partie d'un même système — le système lymphatique — il est naturel que ces deux organes soient le siège des mêmes réactions, et que ces dernières aboutissent au même processus : l'hypertrophie.

Nous ne nous étonnerons pas davantage de ce que presque tous les enfants qui présentaient à la fois et de la splénomégalie et de l'adénite sus-épitrochléenne aient été des hérédo-syphilitiques. Nous trouvons même rationnel de penser qu'il n'y avait pas simple rapport de coexistence entre la splénomégalie et l'adénite sus-épitrochléenne, mais qu'une même cause : la syphilis, avait déterminé l'intumescence de la rate et l'hypertrophie ganglionnaire. La splénomégalie syphilitique ne s'accompagne-t-elle pas, fréquemment, d'augmentation de volume du foie et de polyadénie ?

En ce qui concerne la tuberculose, nous voyons que l'association splénomégalie et adénite sus-épitrochléenne n'a été réalisée que dans deux cas. Cela peut s'expliquer par l'extrême rareté de la splénomégalie précoce (avant 6 mois) chez le nourrisson tuberculeux, son peu de fréquence avant l'âge d'un an (1).

Il semble donc bien que, chez le nourrisson, les

---

1. F. Le Scornet, *Étude clinique de la mégalosplénie dans la première enfance* (Thèse de Paris, juillet 1912).

réactions de la rate et du ganglion sus-épitrochléen ont, le plus souvent, une évolution parallèle.

L'adénite sus-épitrochléenne et les troubles digestifs

Nous avons vu que la syphilis, et que la tuberculose étaient fréquemment accompagnées d'adénite sus-épitrochléenne. Il nous a donc paru pour ainsi dire obligatoire de rechercher si les *troubles digestifs*, ce troisième élément de ce qu'on pourrait presque appeler le « trépied » du syndrome ostéo-lymphatique, (1) ne s'accompagnèrent pas eux aussi d'adénite sus-épitrochléenne.

Or, parmi les 38 nourrissons qui ont présenté des troubles digestifs purs, c'est-à-dire sans rapport causal avec une affection générale reconnue, syphilis ou tuberculose, par exemple, 4 seulement étaient porteurs d'adénite sus-épitrochléenne d'où 13 o/o.

Ce chiffre coïncide à peu près avec celui que nous avons trouvé dans le rachitisme. Puisque le rachitisme déterminé par une autre cause que la syphilis où la tuberculose, c'est-à dire le rachitisme déterminé presque exclusivement par des troubles digestifs, s'était montré rarement apte à produire de l'adénite sus-épitrochléenne, il était à prévoir que,

---

1. Marfan, *Art. Rachitisme*, in *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot*, 1911.

dans le deuxième cas : troubles digestifs purs, comme dans le premier ; troubles digestifs associés au rachitisme, l'hypertrophie du ganglion sus-épitrochléen se montrerait rarement.

L'adénite sus-épitrochléenne et les maladies aiguës

Les maladies aiguës du poumon ne nous ont pas paru déterminer l'apparition d'adénite sus-épitrochléenne.

Par contre, les affections pleurales que nous avons relevées étaient accompagnées d'adénite sus-épitrochléenne avec une fréquence toute particulière :

2 pleurésies séro-fibrineuses nature (?) : adénite sus-épitrochléenne dans les 2 cas.

2 pleurésies purulentes non tuberculeuses : adénite sus-épitrochléenne dans 1 cas.

2 pleuro-pneumonies : adénite sus-épitrochléenne dans 2 cas.

Nous ne pouvons tirer de conclusions d'un nombre de cas aussi restreints, et cela d'autant moins que nous n'avons pu être fixée sur la nature des deux pleurésies séro-fibrineuses.

M. L. Bernard (1) ayant montré que dans la rougeole, la poly-adénopathie est si fréquente « qu'elle doit être considérée comme un symptôme plutôt que

1. Léon Bernard, *la Rougeole à l'Hôpital des Enfants-Malades*. Soc. méd. des hôpitaux, 23 juillet 1897.

comme une complication », il nous a paru intéressant de chercher si l'adénite sus-épitrochléenne ne venait pas s'ajouter à la polyadénie des régions cervicales, axillaires, inguinales. Sachant que cette polyadénopathie se montre avec l'éruption et subsiste généralement un certain temps après elle, c'est pendant la période de convalescence que nous avons pratiqué nos recherches.

Parmi les 19 enfants examinés, 3 seulement étaient porteurs d'adénite sus-épitrochléenne : l'un d'eux avait des stigmates évidents de syphilis. Nous ne savons pas si les 2 autres n'étaient pas tuberculeux, mais, quoi qu'il en soit, la rougeole semble ne déterminer aucune réaction appréciable au niveau des ganglions sus-épitrochléens.

En ce qui concerne toutes les autres maladies aiguës, nous n'en n'avons relevé aucune qui ait été accompagnée d'adénite sus-épitrochléenne avec une fréquence assez grande pour retenir l'attention.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les règlements d'autopsie ne nous ont pas permis de faire l'anatomie pathologique du ganglion sus-épitrochléen lui-même. Mais il est rationnel d'admettre que les réactions de ce ganglion doivent être semblables à celles de tous les ganglions et que, par conséquent, les études anatomo-pathologiques faites sur les ganglions au cours de l'hérédo-syphilis, de la tuberculose, du rachitisme, des infections chroniques gastro-intestinales peuvent nous renseigner sur l'anatomie pathologique du ganglion sus-épitrochléen.

Ganglion syphilitique. — Nombreux sont les auteurs qui ont étudié la polyadénite généralisée de l'enfant, mais M. Doyen (1) est le premier qui ait fait paraître (1883) une étude anatomo-pathologique détaillée des ganglions dans l'hérédo-syphilis.

---

1. Doyen, *les Altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire.* (*Archives générales de médecine*, 1883).

Nous transcrivons intégralement sa description.

« Les voies lymphatiques, à l'intérieur du ganglion, sont généralement dilatées ; dans la substance médullaire, leur endothélium est bien visible et semble normal, mais on observe un épaississement de la gaine conjonctive des artérioles.

» Les travées fibreuses dépendant de la capsule du ganglion sont élargies, et l'on remarque de la congestion des capillaires sanguins chargés d'une abondance de globules blancs.

» Les sinus lymphatiques sont bourrés de cellules et laissent à peine entrevoir leur réticulum.

» Les follicules forment de petites masses globuleuses qui se reconnaissent au tassement et au faible diamètre de leurs éléments nucléaires ; ils sont semés de capillaires où prédominent les globules rouges.

» Ces altérations existent au maximum dans les ganglions du foie, de la rate, etc. ; les ganglions superficiels sont d'un moindre volume et partant moins altérés. On y remarque une accumulation extrême de cellules lymphatiques. »

Nous joignons à la description anatomo-pathologique de Doyen, celle que Carlès (1) a fait paraître en 1907, dans sa thèse inaugurale.

« Ce qui domine, écrit-il, c'est une sclérose assez accentuée, sclérose capsulaire et trabéculaire. Les travées conjonctives intra-ganglionnaires sont très épaissies, fragmentant pour ainsi dire le ganglion et

1. Carlès, *la Micro-polyadénopathie périphérique généralisée dans l'hérédo-syphilis*. Thèse de Bordeaux, 1907.

cette hypertrophie étouffe le tissu parenchymateux et les centres germinatifs.

» Le ganglion est richement vascularisé.

» Beaucoup de vaisseaux présentent de l'endo et de la péri-vascularite.

» Les centres germinatifs sont peu nets.

» Pas de cellules géantes, ni de gomme.

» Quelques mastzellen ; pas d'éosinophiles ; pas de réaction myléoïde ».

Nous voyons que ces deux descriptions, faites la première en 1883, la deuxième en 1907, sont absolument concordantes et que ce qui domine l'anatomie pathologique du ganglion de la polyadénite syphilitique, c'est le processus de sclérose.

Carlès, comme Doyen, pense qu'il semble bien exister, chez les jeunes enfants, dans la syphilis héréditaire, une adénopathie périphérique autonome, purement spécifique, qui n'est pas toujours sous la dépendance de lésions muqueuses ou cutanées et qui est, sinon constante, du moins assez fréquente.

Ganglion tuberculeux. — En ce qui concerne l'adénopathie dans la tuberculose, c'est encore Carlès — son travail étant parmi les plus récents et s'inspirant des travaux plus anciens de Lesage, Pascal et de Potier — qui nous fournira les données relatives à l'anatomie pathologique du ganglion tuberculeux.

Nous croyons pouvoir nous borner à donner le résumé de sa description histologique :

Les ganglions de la micropolyadénopathie tuber-

culeuse peuvent, écrit-il, se présenter sous différents aspects : macroscopiquement et microscopiquement.

« *a*) Macroscopiquement :

Ils présentent ou ne présentent pas de lésions tuberculeuses.

b) Microscopiquement :

1° Les ganglions ne sont pas tuberculeux ; on y trouve uniquement une sclérose plus ou moins intense ;

2° Les ganglions présentent des lésions tuberculeuses, cellules géantes, follicules, petits points caséeux (1). »

Lesage et Pascal, dans leur étude sur la forme ganglionnaire de la tuberculose enfantile, ont constaté que « très rarement le ganglion est transformé en entier en une masse grisâtre. On n'y trouve ni caverne ganglionnaire, ni calcification ». On y découvre le tubercule et le bacille de Koch.

L'étude du ganglion pathologique chez les rachitiques, les athrepsiques, dans les cas de toxi-infections gastro-intestinales a été faite par Potier (1) en 1894. Par de nombreuses inoculations au cobaye, il a démontré d'une façon définitive la nature non tuberculeuse de ces ganglions. Le professeur Marfan et M. Morel ont trouvé trois fois du bactérium coli à l'état de pureté dans les ganglions mésentériques ;

---

1. Lesage et Pascal, *Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Polyadénie généralisée primitive* (*Archives générales de Médecine*, 1893).

dans les ganglions périphériques, jamais ou rarement, on n'a trouvé de microbes. Au point de vue histologique, la sclérose est plus ou moins intense.

En résumé, dans le ganglion chez les syphilitiques, dans le ganglion chez un grand nombre de tuberculeux, dans le ganglion qui accompagne le rachitisme et les affections gastro-intestinales chroniques, ce qui domine, *c'est le processus de sclérose*, c'est-à-dire le processus habituel de réaction de l'organisme se défendant contre les infections ou intoxications chroniques.

---

1. Potier, *Polyadénite chronique périphérique chez les enfants.* Thèse de Paris, 1894.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Nous ne pensons pas, contrairement à Goldreich, Gotzky, qu'un processus d'irritation locale : ostéochondrite, onyxis, phalangitite, soit nécessaire pour déterminer la tuméfaction du ganglion sus-épitrochléen.

Toute lésion syphilitique locale peut surajouter son action à l'action principale : *l'infection syphilitique*, mais il ne faut la considérer que comme une cause déterminante tout à fait accessoire. C'est la syphilis, en tant qu'infection générale chronique, comme c'est la tuberculose, comme ce sont les toxi-infections chroniques, qui provoque la réaction ganglionnaire.

Nous ne trouvons ni rationnel, ni nécessaire de doter l'adénite sus-épitrochléenne syphilitique d'une pathogénie qui lui soit propre, alors que chez l'enfant, les réactions précoces du système hémolymphatique, moelle, rate, ganglions sont dans les 2/3 des cas causées par l'hérédo-syphilis. Et n'avons-nous pas justement trouvé que chez le nourrisson, l'adénite sus-épitrochléenne est dans 63 o/o des cas d'origine syphilitique. Même concordance des faits s'est

trouvée en ce qui concerne la tuberculose et les troubles digestifs : « la rate tuberculeuse » n'est-elle pas chez les nourrissons la rate la plus fréquente après la « rate syphilitique », et n'avons-nous pas aussi trouvé que la tuberculose, après la syphilis, était le facteur le plus important dans la genèse de l'adénite sus-épitrochléenne ?

Quant à la splénomégalie des dyspepsies chroniques n'a-t-elle pas été décrite « comme un symptôme tardif et effacé », comme un « signe clinique d'une importance secondaire (1) » et n'avons-nous pas aussi constaté que les troubles digestifs ne déterminaient que bien rarement l'hypertrophie du ganglion sus-épitrochléen ?

Et puis encore n'est-il pas permis de se demander s'il est logique de proposer pour l'enfant une autre pathogénie que pour l'adulte. Nous admettons que chez le nourrisson les lésions osseuses syphilitiques soient extrêmement fréquentes : le fait s'explique par l'activité excessive du tissu osseux à cette période de la vie, mais chez l'adulte invoquera-t-on encore la présence de lésions osseuses syphilitiques pour expliquer l'apparition de l'adénite sus-épitrochléenne et d'après De Amicis n'existe-t-elle pas dans 30 o/o des cas (2).

Les arguments des auteurs allemands basés sur des épreuves radiographiques « d'une interprétation toujours délicate, souvent difficile » ne peuvent

1. Mlle Le Scornet, *Étude clinique de la splénomégalie chronique dans la première enfance*. These de Paris, juillet 1912.

2. De Amicis, déjà cité.

emporter notre conviction. N'ont-ils pas eux-mêmes été frappés par des faits réellement paradoxaux? Gotzky ne peut pas expliquer d'une manière satisfaisante les — on pourrait presque dire — surprises de la radiographie. Sur 27 cas d'adénite sus-épitrochléenne *unilatérale* il relève 6 cas d'hérédo-syphilis et parmi ces six enfants, 4 sont atteints — sur les radiographies — de *périostite bilatérale*. En examinant un cas *sans* adénite épitrochléenne, il constate une périostite bilatérale, à un faible degré, il est vrai.

Les auteurs allemands invoquent-ils également la présence d'une lésion tuberculeuse locale pour expliquer l'adénite sus-épitrochléenne chez les tuberculeux? — Non. Gotzky écrit : « Il me semble légitime d'admettre pour la tuberculose que la présence des ganglions cubitaux hypertrophiés indique la participation de ces ganglions à un processus général de réaction intéressant la totalité de l'appareil lymphatique ».

Pourquoi ce qui s'applique à l'une : adénite sus-épitrochléenne chez les tuberculeux, ne s'appliquerait-il pas à l'autre : adénite sus-épitrochléenne chez les syphilitiques?

Il nous semble que la *physiologie: a*) absence possible de ganglion sus-épitrochléen (les anatomistes n'ont pu préciser dans combien de cas sur 100 on ne trouvait pas de ganglion); *b*) dimensions exiguës de ce ganglion, même chez l'adulte (pour être visible il faut qu'il ait été injecté de mercure); et la *clinique*: *a*) influence sinon exclusive, du moins

très prépondérante des seules infections profondes, syphilis et tuberculose ; *b*) en cas de polyadénie, tuméfaction d'intensité très variable des différents ganglions, au niveau des différents carrefours — expliquent dans une certaine mesure la rareté relative de l'adénite sus-épitrochléenne et son unilatéralité fréquente.

Nous inclinons donc à admettre que l'adénite sus-épitrochléenne fait partie de la polyadénite généralisée, et que l'hypertrophie du ganglion sus-épitrochléen indique bien plus la participation à une infection générale de l'organisme que la réaction à un processus local.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'ADÉNITE SUS-ÉPITROCHLÉENNE

La valeur diagnostique d'un symptôme dépend d'un certain nombre de facteurs ; ce sont :

La spécificité. — Les statistiques précédentes nous ont montré que l'adénite sus-épitrochléenne se rencontre chez 23 o/o des enfants pris en bloc.

Ce n'est donc pas un symptôme spécifique de syphilis.

La fréquence. — L'adénite sus-épitrochléenne accompagne 60 à 80 o/o des cas de syphilis.

On la rencontre fréquemment dans l'hérédo-syphilis du nourrisson, mais comme elle fait défaut dans 20 à 40 o/o des cas, son absence n'infirme en rien le diagnostic de syphilis.

Les conditions d'apparition. — Dans la majorité des cas, l'adénite sus-épitrochléenne accompagne les formes graves de syphilis, ou celles de moyenne intensité, c'est-à-dire les formes à manifestations multiples et évidentes. On la trouve aussi dans les formes légères ou latentes; parfois elle est le seul

symptôme clinique de l'infection à tréponèmes. Dans ce dernier cas, ou bien elle précède l'apparition de manifestations syphilitiques plus ou moins importantes, ou bien elle accompagne une syphilis qui restera latente, ou bien encore elle persiste comme seul témoin d'une syphilis qui a passé par une phase aiguë et qui est entrée dans sa phase latente.

L'adénite sus-épitrochléenne est donc surtout un *symptôme associé;* dans les cas rares où elle est seule, elle peut attirer l'attention sur la possibilité d'une syphilis qui est au début de son évolution ou qui persiste à l'état latent.

La valeur relative. — Les symptômes permettant de découvrir une maladie sont-ils peu nombreux, le moindre d'entre eux prend une importance considérable. Existe-t-il pour une même maladie un ou plusieurs symptômes spécifiques, tous ceux qui ne présente pas ce caractère de spécificité, n'ont de ce fait qu'une valeur relative. Voyons ce qu'il en est à ce point de vue en ce qui concerne l'adénite sus-épitrochléenne et la syphilis. La syphilis héréditaire se manifeste par un grand nombre de symptômes ; quelques-uns sont spécifiques ; l'adénite épitrochléenne ne peut donc prendre rang que bien loin derrière l'un quelconque de ces symptômes pathognomoniques. Mais ces manifestations spécifiques qui, lorsqu'elles existent, imposent le diagnostic de syphilis peuvent par suite de leur rareté relative,

perdre de leur importance; c'est le cas de la pseudo-paralysie de Parrot, des raghades commissurales, du coryza précoce, tous symptômes moins fréquents que l'adénite sus-épitrochléenne.

Par contre, la splénomégalie précoce (1) (apparition avant six mois), symptôme spécifique de l'hérédo-syphilis lorsqu'elle n'accompagne pas de maladies aiguës, est plus fréquente que l'adénite sus-épitrochléenne ; sa valeur diagnostique l'emporte donc et de beaucoup sur celle d'adénite sus-épitrochléenne. Quant au cranio-tabès, au rachitisme à prédominance cranienne, aux végétations adénoïdes précoces (2) (avant l'âge de six mois) : ce sont tous symptômes dont la valeur diagnostique semble au moins équivalente sinon supérieure à celle de l'adénite sus-épitrochléenne.

Les conditions de sa recherche. — La recherche du ganglion sus-épitrochléen hypertrophié, sans présenter de difficultés sérieuses, est assez délicate à pratiquer ; elle exige un peu de méthode et d'exercice.

Ces réserves faites, on peut dire que la facilité avec laquelle tout clinicien peut pratiquer la recherche de l'adénite sus-épitrochléenne en fait un symptôme clinique de grande valeur pratique.

Les causes d'erreurs sont réduites au minimum.

---

1. Marfan, art. *Rachitisme,* déjà cité.
2. Le Scornet, déjà cité.

CONCLUSIONS

I. — L'adénite sus-épitrochléenne fait partie de la polyadénie généralisée de l'enfant : c'est la plus rare des adénites périphériques. Elle indique bien plus la participation à une infection générale de l'organisme que la réaction à un processus local.

On la rencontre avec son maximum de fréquence dans la syphilis héréditaire surtout, dans la tuberculose ensuite.

II. — 1° L'adénite sus-épitrochléenne n'étant pas un *symptôme spécifique* d'hérédo-syphilis ne peut par sa seule présence imposer le diagnostic de syphilis.

2° Elle n'est pas constante, son absence n'infirme donc pas le diagnostic de syphilis.

3° L'adénite sus-épitrochléenne est assez fréquente dans l'hérédo-syphilis pour qu'il soit bon de la toujours rechercher. Sa valeur diagnostique est d'autant plus grande qu'il s'agit d'enfant plus jeunes : en effet la tuberculose, seule affection qui, chez le nourrisson, puisse sérieusement prêter à l'erreur, est

très rare avant six mois et très facile à écarter jusqu'à l'âge d'un an grâce, à la cuti-réaction.

4° Dans la syphilis latente ou sans manifestations spécifiques, l'adénite sus-épitrochléenne peut être considérée comme un symptôme de quelque valeur ; elle est parfois le seul stigmate révélant l'imprégnation de l'organisme par le tréponème.

En résumé. — L'adénite sus-épitrochléenne n'est pas un signe pathognomonique, mais un symptôme qui peut mettre sur la piste de la syphilis et qui incite à la rechercher.

Vu : le Président de la thèse,
MARFAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Amicis (M. de). — Dell adenopatia in rapporto alla sifilide. Suo valore semiologuo e pronostico (Annales de médecine navale de Rome, 1896).

Astros (d') et Teissonnière. — La Réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson.

Baer. — La Tuméfaction des ganglions périphériques chez les nourrissons (Jahrb. f. Kinderheilkund, 1902).

Benfey et Bahrdt. — Beitrag zur Beurteilung der Drusenschwellungen by Kindern jenseits des Sanglinsalters und ihrer Bezichungen zum lymphatismus (Zeitschr. f. Kind., mai 1913).

Bernard (L.). — La Rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades (Société médicale des Hôpitaux, juillet 1897).

Calot (M.-D.). — Sur la fréquence et la pathogénie de l'adénite sus-épitrochléenne (the Philadelphia medical Journal, 1899).

Carlès. — La Micropolyadénopathie périphérique généralisée dans l'hérédo-syphilis. Thèse de Bordeaux, 1907.

Doyen. — Les Altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire (Arch. générales de médecine, 1883).

Goldreich. — Zur Klinischen diag. der latenten Lues hereditaria mit besonderer Berucksichtigung der Cubital drüssen (Zeitschr. f. Kinderheilkund, t. IV, 1912).

Götzkg. — Ueber die klinische Bedeuntung der Cubital-

drüssen Schwellungen (Zeitschr. f. Kinderheilkund. Aprile 1913).

Grosser et Dessauer. — Ueber die diag. Bedeuntung fulhbarer Kubitaldrussen beim Kindern (Munchen med. Wochensch., n° 21, 1911).

Hénoch. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants (Manifestations ganglionnaires de la syphilis héréditaire, 2e édit., p. 75, traduct. française, p. 64).

Hess. — Enlargement of the epitrochlear and other lymph nodes in infants (Archiv. of Pediatrics, 1907).

Heubner. — Die hereditäre Syphilis, 1896.

— Lehrbuch der Kinderkankeiten, 1903.

Hochsinger. — Ueber tastbar Cubital und setliche Thorax lymphdrüssen in Saunglingsalter (Wiener med. Wochenschr., 26 oct. 1907).

Lesage et Pascal. — Contribution à l'étude de la tuberculose au premier âge. Polyadénie généralisée primitive (Archives générales de Médecine, 1893).

Legroux. — La micropolyadénopathie considérée comme indice de tuberculose profonde (Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux, 1888).

Marfan. — Art. rachitisme. In Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot.

— De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie.

Mensi. — Appliccation des méthodes clinico-biologique au diagnostic précoce de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec la présence du ganglion épitrochléen.

Pech. — Engorgements ganglionnaires de l'enfant. Thèse de Toulouse, 1894.

Poirier. — Anatomie descriptive. Les lymphatiques.

Pottier. — Polyadénite chronique périphérique chez les enfants. Thèse de Paris, 1894.

Reiche. — Monatsschreft f. Kinderheilk (Vol. VI, n° 16).

Reyer. — La Technique röntgennienne dans les maladies enfantiles, 1912 (Bibliothèque des techniques physico-médicales de Heinz Bauer. Vol. IV).

Le Scornet. — Étude clinique de la mégalo-splénie dans la première enfance. Thèse de Paris, juillet 1912.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
PRÉLIMINAIRES SUR LE GANGLION SUS-ÉPITROCHLÉEN	9
Anatomie et physiologie	9
Recherche du ganglion	11
HISTORIQUE	15
STATISTIQUE GÉNÉRALE (personnelle)	33
Préliminaires	33
Statistique	36
Considérations d'ensemble	37
STATISTIQUES PARTIELLES	41
Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne chez l'enfant et le nourrisson	41
Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans l'hérédo-syphilis	43
Fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans la tuberculose	44
Fréquence de l'adénite sus-épitrochléen dans le rachitisme	46
Adénite sus-épitrochléenne et micropolyadénie	50
Adénite sus-épitrochléenne et splénomégalie	55
Adénite sus-épitrochléenne et troubles digestifs	57
Adénite sus-épitrochléenne et maladies aiguës	58

Anatomie pathologique..... 61

Essai de pathogénie..... 67

Valeur diagnostique de l'adénite sus-épitrochléenne dans la syphilis héréditaire..... 71

Conclusions..... 75

Bibliographie..... 77

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2763-14.